

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 190

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT

DES

Ostéomyélites Chroniques Traumatiques
DE GUERRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juin 1920

PAR

Jean BONNET

Né à Nîmes (Gard), le 25 juin 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		ESTOR, professeur.		
		GRYNFELTT, agrégé.		
		RICHE, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT
DES
OSTÉOMYÉLITES CHRONIQUES TRAUMATIQUES
DE GUERRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 190

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT

DES

Ostéomyélites Chroniques Traumatiques

DE GUERRE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juin 1920

PAR

Jean BONNET

Né à Nîmes (Gard), le 25 juin 1882

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
GRYNFELTT, agrégé.
RICHE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
FORGUE (O *)	ASSESSEUR
IZARD	SECRETAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DUCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABAU (*)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (*)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBRYAN (*) a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (*) doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM GALAVIÈRE	MM. CABANNES	MM ETIENNE
GRYNFELTT (*)	P. DELMAS	LISBONNE
LEENHARDT	KUZIÈRE	PECH (*) (ch. d'agr.)
GAUSSEL (*)	J. DELMAS (*)	VALLOIS H. (*) (ch. d'agr.)
RICHE	RIMBAUD *	

Examineurs de la thèse

MM. MASSABUAU, professeur,	— MM. GRYNFELTT, agrégé.
ESTOR, professeur.	— RICHE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

J. BONNET,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

J. BONNET.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES

OSTÉOMYÉLITES CHRONIQUES TRAUMATIQUES

DE GUERRE

INTRODUCTION

Nous distinguerons deux cas d'ostéomyélites chroniques de guerre.

Dans un premier groupe de faits, il s'agit d'ostéomyélite subaiguë chez un homme dont la blessure remonte à un ou deux mois au maximum.

Dans un deuxième groupe, le groupe le plus important, il s'agit de vieux blessés, porteurs d'ostéomyélite fistuleuse, et dont la blessure initiale remonte à plusieurs mois, à une année et quelquefois davantage. Le cal est en général formé, il est hypertrophié, souvent vicieux.

Mais avant d'envisager le traitement de ces ostéomyélites chroniques de guerre et de rentrer directement dans le cœur de notre sujet, il nous semble qu'il y a lieu de se

demander s'il n'existe pas un traitement préventif de ces longues suppurations osseuses.

S'inspirant des données acquises par la chirurgie moderne au cours de la guerre, certains auteurs, et Leriche en particulier, sont partisans d'une méthode essentiellement radicale. C'est, en somme, l'application de ce que Pierre Duval a appelé dans sa leçon d'ouverture « la méthode vraiment française » par opposition à la méthode de Carrel ou méthode franco-américaine. Pour cette école donc, dans toute fracture devant être considérée comme infectée de par la nature de l'agent vulnérant, le traitement consiste en une large esquillectomie primitive, comprenant esquilles libres et adhérentes, « esquillectomie d'exploration et de prophylaxie », étalant le foyer médullaire.

Par opposition à cette méthode essentiellement radicale, nous devons citer une méthode dite conservatrice. L'esquillectomie serait réservée aux esquilles libres; on conserve les esquilles adhérentes, on draine la plaie, et on installe un traitement antiseptique (méthode de Dakin, par exemple).

La plupart des chirurgiens sont donc d'accord, en ce qui concerne les esquilles libres. Il est indiscutable que la guérison d'une fracture infectée, ne saurait se faire par la seule immobilisation. Mais quand il s'agit d'enlever aussi les esquilles adhérentes, certains chirurgiens protestent, affirmant que le grand danger dans ces cas là est la pseudarthrose.

Leriche, se basant sur sa statistique, ses constatations cliniques et radiographiques, nous affirme qu'à une esquillectomie rigoureusement sous-périostée succède un segment osseux, peut-être diminué dans l'épaisseur mais non dans la longueur, rétablissant la continuité de la diaphyse en évitant les cals exubérants et ostéomyélitiques.

Cependant, les adversaires de Leriche soutiennent que les esquilles adhérents entrent dans l'organisation du cal et que l'infection diminue progressivement. C'est, par exemple, l'opinion du professeur Deparge qui ne faisait qu'une esquillectomie prudente et qui, grâce à la méthode de Carrel, obtenait des guérisons assez rapides, sans complications ostéomyélitiques.

PRECAUTIONS
A PRENDRE AVANT TOUTE OPERATION
D'OSTEOMYELITE CHRONIQUE

L'ostéomyélite chronique s'étant installée, et un traitement secondaire étant nécessaire, quelles sont les précautions à prendre?

Il faudra tout d'abord faire pratiquer une bonne radiographie. C'est une chose indispensable et sur laquelle on ne saurait trop insister. Seule la radiographie est susceptible de donner l'architecture osseuse: cal vicieux, cal hypertrophique, décalcification osseuse, ostéite condensante, etc. Grâce à elle, nous serons renseignés sur le nombre, la situation, la forme et l'étendue des foyers osseux; les esquilles libres et les débuts d'ossification. Les injections de pâte bismuthée nous rendront des services pour connaître et repérer exactement les trajets fistuleux.

A côté de cette question de la radiographie, il y a la question de l'éclairage du chirurgien au cours de l'intervention. Rocher, qui a consacré une étude à cette question, y insiste tout particulièrement: « Pour des lésions étendues d'ostéomyélites, nous estimons que le chirurgien ne peut travailler au ciseau et à la curette qu'en ayant une plaque lumineuse qui lui permette l'exploration des cavi-

tés osseuses les plus profondes et l'examen des différents modifications du tissu osseux. Faute de quoi, il travaille souvent sous une nappe de sang, au son de la curette et de la sonde cannelée, alors que seule la vision nette permet de renseigner utilement le chirurgien sur la présence des culs-de-sac fongueux parsemés au niveau de la cavité osseuse évidée, sur l'existence d'ostéite nécrosante aux extrémités diaphysaires, ou en un point d'anciennes esquilles adhérentes. »

C'est également grâce à cet éclairage qu'on se rend nettement compte de l'endroit où le tissu osseux redevient normal, et qu'on peut déceler de petites esquilles en bordure de la trépanation, esquilles jusque-là passées inaperçues.

Donc, avant de se lancer dans ses interventions osseuses, il convient: 1° de posséder une bonne radiographie et 2° de posséder par exemple l'éclairage frontal au moyen du miroir de Clar.

TRAITEMENT DE L'OSTEOMYELITIS TRAUMATIQUE SUBAIGUE

Nous sommes en présence d'un homme qui a été blessé il y a deux ou trois mois. Il a reçu dans une ambulance du front les premiers soins. On a pratiqué sur lui une première intervention, au cours de laquelle les tissus contus ont été excisés, et les esquilles libres enlevées. Puis il a été mobilisé dans un appareil plâtré.

A l'heure actuelle, le membre est en bonne position, la coaptation des fragments paraît parfaite, mais sur une des faces du membre, se trouve un petit bourgeon charnu exubérant, par lequel s'écoule du pus jaunâtre, peu épais.

Une radiographie et l'exploration au stylet indiquent que la cause de cette suppuration est, soit des esquilles libres, soit un corps étranger, soit de l'ostéite nécrosante secondaire des extrémités diaphysaires ou des esquilles adhérentes.

Une seule ligne de conduite s'impose au chirurgien, c'est l'esquillectomie tardive de complément. Pour cela faire, après avoir endormi le malade, on incise largement en utilisant la précédente voie d'accès chirurgicale et on tombe sur le foyer de fracture. Là on trouve, au milieu d'une masse de bourgeons charnus saignants et mous, des esquilles osseuses libres.

Après avoir enlevé les esquilles, et le tissu sanieux, on curette le tissu osseux infiltré d'une moelle purulente, jusqu'à ce que l'œil constate l'existence du tissu sain; quelquefois sera-t-on amené à enlever, chemin faisant, quelques esquilles adhérentes. La trépanation en gouttière des deux fragments diaphysaires sera également souvent utile.

Les esquilles adhérentes, dont une certaine étendue sur les bords ou sur la pointe, paraît de vitalité douteuse, doivent être enlevées après déperiostage prudent ou, si elles sont trop volumineuses, réséquées en dépassant leur territoire suspect.

Grâce au miroir frontal, les fissures osseuses seront poursuivies, on y trouvera souvent des fongosités et quelquefois des petits séquestres.

Dans ces foyers récents d'ostéomyélite, la radiographie et les constatations opératoires nous enseignent que la zone infectée n'est pas limitée du côté du canal médullaire par une bande de tissu condensé. Aussi ne faut-il pas s'attendre à trouver une couche résistante d'os, sinon on ferait sans profit, mais non sans danger, des évidements d'une grande partie du canal médullaire. Nous disons, non sans danger, car on inoculerait ainsi le canal médullaire en provoquant soit une poussée de médullite étendue à toute la diaphyse, soit de l'arthrite plastique ou purulente, suivant que la lésion est diaphysaire ou épiphysaire.

Telle est la technique de ces esquillectomies secondaires, il nous reste à indiquer à quel moment cette intervention sera pratiquée le plus favorablement.

Evidemment, s'il y a une collection purulente péri-osseuse à drainer, ou une névrite douloureuse, il faudra opérer d'urgence.

Mais, dans le cas contraire, le moment propice sera en-

tre la sixième et la huitième semaine après la première intervention.

C'est l'époque où les lésions de nécrose osseuse sont définitivement constituées, les esquilles sont libres et facilement cueillies ; l'ostéite fongueuse est localisée.

L'intervention, une fois terminée, il sera bon d'immobiliser le membre. La solidité osseuse est, en effet, souvent compromise, aussi l'appareil plâtré, ou tout au moins la gouttière, rendront-ils de précieux services.

TRAITEMENT DE L'OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE FISTULEUSE

Ici, nous ne nous trouvons plus en présence d'un blessé récent. Il s'agit, au contraire, d'un homme qui a eu une fracture traumatique il y a un an. Ce malheureux blessé a déjà passé dans de nombreux hôpitaux, il a subi plusieurs interventions, et, d'hôpitaux en convalescence, et de convalescence en hôpitaux, il vous est amené présentant : un col consolidé, souvent hypertrophique, auquel aboutissent une ou plusieurs fistules, présentant des alternatives d'ouverture et de fermeture, par lesquels des séquestres sont expulsés, spontanément, à des intervalles variables. Quelquefois, au niveau du cal, se produisent des poussées inflammatoires aiguës, phlegmoneuses ou subaiguës, susceptibles de résorption ou évoluant vers l'abcès à allure froide.

« L'ostéomyélite chronique est entretenue par différentes causes : esquilles séquestrées d'ancienne origine ; esquilles libres ou adhérentes secondairement mortifiées, reconnaissables à leurs bords et à leurs surfaces lisses ; séquestres de formation tardive, dus à l'évolution de l'ostéite nécrosante progressive, développée sur les fragments diaphysaires du foyer de fracture, ainsi que sur les esquilles adhérentes qui ont survécu. »

Quel sera le traitement? L'évidement ostéomyélitique. Comme pour toutes les opérations de ce genre, la question de l'hémostase provisoire se pose. Cette hémostase provisoire a le gros avantage de permettre d'opérer sans être gêné par l'hémorragie en nappe qui ne manquerait pas de se produire. En outre, elle permet de réduire l'absorption des toxines, des produits septiques et des microbes par les nombreuses voies vasculaires qui sont ouvertes.

Lorsque l'intervention est terminée, on fait l'hémostase; un pansement compressif bien appliqué permet, en général, d'être maître de l'hémorragie.

Si on est bien aidé, et surtout s'il ne s'agit pas du fémur, on peut se passer de cette hémostase provisoire.

Précédée ou non de l'hémostase provisoire, on tachera d'aborder l'os par sa face chirurgicale. Si la lésion est minime, il y a intérêt à suivre le trajet fistuleux. En somme il s'agit là de cas d'espèces qui devront être tranchés en tenant toujours compte des enseignements fournis par la radiographie.

Quand l'incision passe au niveau des trajets fistuleux, on rencontre une couche souvent épaisse de tissu fibreux qui solidarise peau et périoste, soit en une zone de la couverture cutané-musculaire du membre jusqu'ici indemne et qui a été jugée la voie d'accès la meilleure et la plus directe.

A la rugine tranchante, on décolle la gangue cicatricielle, périoste compris. On voit alors apparaître l'os. Il est rugueux, irrégulier de forme, sa couche extérieure est formée de productions osseuses, de tissu condensé très dur. Un ou plusieurs petits nids fongueux indiquent l'entrée des trajets fistuleux qui conduisent au centre du cal, contenant fongosités, esquilles, lésions de nécrose et corps étrangers.

Il faut alors exciser les tissus fibreux qui bordent les lèvres de la plaie opératoire. Cette excision doit être faite très méthodiquement.

Puis on s'attaque à l'os, on fait une large ouverture au ciseau et à la pince gouge; puis on va nettoyer le foyer de toutes les fongosités qu'il contenait; les corps métalliques sont extraits. Le but à atteindre, c'est d'obtenir un foyer net sans arête et sans cul-de-sac. Il faut examiner très attentivement ce foyer, de façon à ne pas négliger la présence d'un diverticule quelconque qui serait plus tard un nid à rétention. Il faut également savoir s'arrêter, sachant bien qu'une couche d'ostéite condensante ne borde pas toujours le foyer osseux.

La cavité étant ainsi formée, il s'agit maintenant de la combler. Ou bien, on peut attendre la fermeture lente de la plaie opératoire par bourgeonnement, ou bien, on pratiquera le recouvrement de la cavité osseuse au moyen de lambeaux cutanéopériostiques, ou de lambeaux musculo-périostiques qu'on invaginera par un pansement compressif.

TRAITEMENT DES OSTEOMYLITES CHRONIQUES AVEC COMPLICATIONS DANS LA CONSOLIDATION DE LA FRACTURE

I. TRAITEMENT DES CALS VICIEUX. — Non seulement nous nous trouvons en présence d'un foyer ostéo-myélitique mais encore le cal est nettement vicieux. La consolidation de la fracture a, par exemple, produit un genu varum ou valgum. Il faudra tâcher de profiter de l'évidement pour redresser le membre. On fera pour cela soit une ostéoclarie manuelle, soit une ostéotomie. Pour mieux coapter les fragments, on pourra faire une suture osseuse, ou appliquer un plaque de Lambrotte.

Cependant il convient de retenir qu'une ostéotomie d'un cal déjà ancien, peut réveiller des foyers de microbismes latents, lorsqu'il y a eu autrefois un processus ostéomyélitique.

II. TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES OSTÉOMYÉLITIQUES. — Dans le cas présent, nous sommes en présence de cals mous et fistuleux, dans lesquels les extrémités diaphysaires ne peuvent arriver à se fusionner et à former un cal solide. Il faudra alors, enlever toutes les esquilles libres, surtout celles qui, étant interposées entre les deux fragments, constituent autant de corps étrangers. On avive les

extrémités osseuses, et on les immobilise l'une vis-à-vis de l'autre par les différents moyens en usage (fils métalliques, plaques de Lambrotte, etc...), on place un appareil plâtré et on immobilise en bonne position.

III. TRAITEMENT DES PÉRIOSTÉOMES FISTULEUX. — Lorsqu'un projectile (balle ou éclat d'obus) frappe tangentiellement un os, il peut se développer à l'endroit où l'os a été touché, des formations osseuses plus ou moins volumineuses. C'est le périoste qui, étant irrité, fabrique de l'os. Cette hyper-production osseuse est volumineuse. Elle affecte des formes diverses : tantôt elle prend la forme d'un chou-fleur, d'un gros éperon, d'une masse arrondie, accolée au squelette, tantôt elle affecte l'allure d'une véritable coulée osseuse au devant de l'os. Elle peut se développer aussi sous la forme d'une trainée osseuse s'étendant le long du trajet parcouru par le projectile et prenant son point d'implantation sur le point du squelette que le projectile a atteint.

La constitution de ces périostéomes est variable : tantôt c'est du tissu compact, tantôt du tissu spongieux. Souvent ces hyper-productions osseuses présentent de petites loges comblées de séquestres, ou contenant des débris de projectiles, petites loges qui donnent naissance à un trajet fistuleux. Tous ces détails sont nettement visibles à la radiographie.

Quelle conduite devons-nous observer à l'égard de ces périostéomes fistuleux ? Il convient de considérer ces lésions comme de véritables tumeurs et d'en pratiquer la résection. Pour cela faire, on commence par décortiquer les fibres musculaires qui s'y insèrent, puis, soit à la pince gouge, soit au ciseau, on enlève la tumeur, soit en totalité, soit par morceaux. Bien entendu cette intervention doit

être complétée par le nettoyage méticuleux de tous les foyers adjacents d'ostéite fongueuse.

Rocher, de Bordeaux, a publié 7 cas de périostéomes fistuleux ainsi opérés: 1 de la région deltoïdienne, 3 de la crête iliaque, 3 de la région du grand trochanter.

IV. TRAITEMENT DES OSTÉOMYÉLITES CHRONIQUES COMPLIQUÉES DE LÉSIONS NERVEUSES. — Les lésions nerveuses ont très fréquemment coïncidé avec les lésions ostéomyélitiques. C'est ainsi que, fort souvent, on s'est trouvé en présence de lésions du médian, du cubital, ou du radial, en corrélation avec un foyer ostéomyélitique de l'humérus. La même chose s'est passée pour le femur et le sciatique.

La règle observée est en général la suivante: quand une lésion grave d'un nerf ne s'est pas améliorée au bout de trois mois, il convient d'agir. Si le nerf est comprimé dans une formation hypérostosique, s'il est tendu sur un cal volumineux, ou irrité par une aspérité osseuse, le dégagement du nerf donnera d'excellents résultats. Par contre, si l'on se trouve en présence de sections nerveuses, partielles ou totales, la conduite du chirurgien est beaucoup plus délicate, les résultats beaucoup plus aléatoires. Faire, en effet, une suture nerveuse en plein foyer ostéomyélitique, c'est aller, en quelque sorte, au devant d'un échec, étant donné que dans ces foyers infectieux la suture est presque fatalement compromise. La recherche des deux bouts nerveux peut être également difficile.

Rocher donne l'observation suivante: « Il s'agit d'un Allemand dont le bout central d'un nerf radial était venu s'inclure dans une cavité ostéomyélitique fongueuse, contenant plusieurs séquestres. Le névrome central était renflé en battant de cloche; le névrome périphérique, ter-

miné en pointe de pinceau, se perdait très loin dans la masse du brachial antérieur. La continuité du nerf ne peut être assurée que par dédoublement du bout inférieur formant greffon; malgré l'enfouissement musculaire de la suture, le résultat n'a pu être que très problématique. »

TRAITEMENT POST-OPERATOIRE

A la suite des interventions pratiquées pour ostéomyélite subaiguë ou chronique, peuvent se produire différentes complications.

On peut avoir tout d'abord une poussée nouvelle d'infection, surtout lorsqu'au cours d'une intervention incorrecte, on aura inoculé le canal médullaire. Si la lésion était para-articulaire, on pourrait avoir une arthrite subaiguë ou suppurée.

Ensuite, on peut avoir, à la suite d'un évidemment important, une inflexion osseuse; la partie restante de l'os ne pouvant supporter l'action continue d'un groupe de muscles vigoureux (adducteurs par exemple). On peut même, dans ces cas là, avoir une fracture.

Enfin, l'intervention ayant été incomplète, on peut avoir un cal douloureux parce qu'infecté, ou une persistance de la suppuration.

Quels sont donc les soins post-opératoires qui permettront de prévenir et d'enrayer ces accidents?

Le premier pansement doit être, avant tout, un pansement compressif. Le tissu osseux curetté saigne abondamment. Le pansement doit donc être fait méthodiquement pour enrayer l'hémorragie. Si le premier pansement est bien fait, le second pansement pourra n'être fait que plu-

sieurs jours (4 à 5) après. Puis, si le foyer suppure, le pansement sera fait quotidiennement, et dans le courant de la deuxième semaine, la surface osseuse est déjà recouverte d'une fine couche de bourgons charnus rouges, petits, grenus, saignant peu quand on les touche. Ce tapis bourgeonnant devient lentement de plus en plus épais, la cavité va diminuer d'ampleur, se comblant par bourgeonnement, de la profondeur vers la superficie.

Il faut lutter contre le rapprochement trop rapide des lèvres cutanées. *

Il y a, en terminant, un point un peu spécial qu'il convient encore de signaler. Certaines cavités, étant donné leur étendue et leur profondeur, n'arrivent pas à s'épidermiser complètement. Dans ce cas, le mieux est de déposer dans ces petites cavités des greffes dermo-épidermiques.

OBSERVATIONS

(Inédites — Personnelles)

OBSERVATION PREMIÈRE

Il s'agit d'un jeune soldat du X... régiment d'infanterie coloniale, qui fut blessé au bras gauche le 25 septembre 1915. Le billet d'hôpital portait la mention suivante : « fracture du bras gauche par éclat d'obus ». Une première intervention, pratiquée cinq jours après la blessure, permit d'enlever des esquilles osseuses, quelques petits éclats et des débris vestimentaires. Puis un appareil plâtré fenêtré fut appliqué. Trois mois après, la consolidation était obtenue.

Quelques mois après apparaissait un petit bourgeon charnu par lequel s'écoulait journellement une quantité appréciable de pus. Pendant de longues semaines on se contenta de panser ce blessé en pratiquant journellement des injections modificatrices dans le trajet. Au cours du traitement, un abcès se forma à la face externe du bras, et fut incisé. Puis tout rentra dans l'ordre.

A l'heure actuelle, 10 mai 1916, ce malade présente deux trajets fistuleux situés, l'un à la face externe du bras, l'au-

tre à la face postérieure. Une radiographie montre, au niveau de la fracture, un cal hypertrophique et une zone d'ostéite condensante, délimitant une partie nettement différenciée, qui doit être un séquestre.

Le 15 mai, sous-anesthésie générale, on incise largement à l'endroit où se trouvait déjà la ligne de la première incision. Guidé par un stylet, qui cathétérise le trajet fistuleux, on arrive sur une zone passablement infiltrée. On attaque l'os après l'avoir dépériosté, d'abord au ciseau, puis à la gouge, et on parvient effectivement sur un séquestre qu'on mobilise assez facilement.

Grâce à la pince gouge, on détruit les aspérités et les irrégularités de l'évidement osseux, puis on trouve la cavité ainsi formée par des mèches trempées dans l'éther iodoformé, et on fait un pansement compressif.

Trois jours après (18 mai) on refait le pansement. Six semaines après, la suppuration est à peu près tarie, le bourgeonnement est très intense, et on institue un traitement héliothérapique.

Trois mois après son intervention, le malade sort guéri, présentant une cicatrice fort acceptable.

OBSERVATION II

A. L..., lieutenant au X... régiment d'infanterie, blessé au mois d'avril 1918, au Kemmel. « Plaies multiples par balles, fracture de l'humérus droit au tiers moyen, fracture du radius droit ».

Le blessé a été soigné dans une ambulance du front, où on pratiqua une esquillectomie, suivie de l'application d'un appareil plâtré.

A l'heure actuelle, 3 mai 1919, la fracture du radius est parfaitement consolidée. Au niveau du bras, la consolidation est également parfaite, mais sur une large étendue, la face externe présente des troubles d'irritation cutanée, et plusieurs trajets fistuleux.

On commence tout d'abord par nettoyer cette zone, puis on fait pratiquer une radiographie, qui montre un cal énorme, irrégulier, semé d'aspérités.

Le 15 juin, sous-anesthésie générale, on incise suivant la face externe du bras. Après avoir excisé les tissus sains qui entourent le cal, on s'attaque au tissu osseux qu'on est obligé de trépaner sur une large étendue. Plus on trépane, plus on découvre des trajets fistuleux conduisant au centre du cal, qui contenait des séquestres et des fongosités.

Ce nettoyage, aussi complet que possible, étant terminé, on draine et on applique un pansement compressif. Puis, étant donné le peu de solidité de ce qui reste d'os, on applique un plâtre à large fenêtre.

Quelques jours après l'opération, le blessé a présenté une réaction fébrile importante. mais, un mois environ après, tout est rentré dans l'ordre.

Nous avons eu dernièrement des nouvelles de ce lieutenant, qui est fort content de sa dernière opération; le bras est redevenu normal, il n'y a aucune impotence fonctionnelle.

OBSERVATION III

X..., tirailleur sénégalais, blessé en mai 1917 par éclat d'obus, avec fracture du tibia droit au tiers moyen. Les renseignements obtenus sur les différentes pérégrinations

de ce malade sont un peu imprécis. Nous savons seulement qu'il a été opéré plusieurs fois.

A l'heure actuelle, 15 avril 1919, on est en présence d'une jambe droite tuméfiée, rouge, et présentant de la fluctuation à la face antéro-interne. On incise largement cet abcès d'où s'écoule un pus louable.

Une radiographie pratiquée vingt jours après, montre des foyers d'ostéomyélite chronique au niveau du trait de fracture et la présence d'une esquille libre. Le 18 mai, on incise largement sous anesthésie générale, on enlève une esquille libre, et on trépane l'os qui est particulièrement dur. On ne tarde pas à arriver sur une région moins résistante où apparaît un séquestre. Après avoir régularisé la surface de l'évidement, on s'assure qu'il n'y a point de queues conduisant à des foyers plus profonds. On comble à l'aide de mèches à l'éther iodoformé, et on laisse la plaie béante.

Cinq mois après, le tirailleur sénégalais, après des suites normales, était parfaitement rétabli.

OBSERVATION IV

R. G..., X^e bataillon de chasseurs à pied.

A été blessé en juin 1914, éclats d'obus multiples, dont un qui a provoqué une fracture de la crête iliaque. De 1916 à mars 1919, ce jeune soldat a été opéré cinq fois. « On lui a gratté l'os. »

A l'heure actuelle, il présente, du côté gauche, une fistule persistante dont le cathétérisme permet d'obtenir le contact osseux.

Une nouvelle intervention est proposée au malade qui ne s'y décide qu'à grand peine.

Sous anesthésie générale, on excise le trajet fistuleux, et on arrive sur une crête iliaque rugueuse, irrégulière de forme, présentant à sa partie antérieure du tissu condensé très dur, et voisinant avec cette zone, une deuxième région osseuse où se trouve du tissu spongieux encore mou. On rugine largement le périoste, puis on ouvre le tissu osseux et l'on découvre, grâce à l'éclairage frontal, un diverticule qui conduit, vers la face externe de l'os, dans une logette osseuse où se trouvent des fongosités et un séquestre. On fait un large évidemment osseux qu'on comble ensuite avec des mèches iodoformées.

Le malade n'a mis que trois mois pour guérir. Il n'a plus jamais subi de nouvelles interventions.

OBSERVATION V

L. K..., X... régiment d'infanterie. Blessé le 28 septembre 1917. Fracture du bras gauche par balle, à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur. Une esquillectomie a été pratiquée le jour même de sa blessure, sous anesthésie générale. Puis un appareil plâtré a été posé.

Le malade est vu le 12 novembre 1917. Le membre ne paraît pas être le siège d'une réaction inflammatoire, et cependant, par la partie inférieure de l'ancienne incision, s'écoule un pus jaunâtre peu épais.

La radiographie montre que la coaptation des fragments est bonne, que le cal est en train de s'organiser, mais qu'il y a deux esquilles libres.

Sans attendre plus longtemps, on incise et on libère

deux esquilles libres qui entretenaient la suppuration. Ces esquilles sont situés au milieu d'une masse de bourgeons charnus, violacés. On nettoie très soigneusement tout ce foyer, et on draine, sans suture primitive. Un nouvel appareil plâtré est appliqué. Trois mois après, la cicatrisation complète était obtenue et le malade partait guéri avec un cal un peu hypertrophique, mais non gênant.

OBSERVATION VI

Th. O..., sergent, X.. d'infanterie. Blessé à Verdun le 20 août 1917. Fracture du bras droit par éclat d'obus. Première intervention le 22 août, qui permit de retirer des esquilles libres, des débris vestimentaires et des éclats métalliques.

Deux mois après, le malade présente un cal déjà consolidé, mais par contre une suppuration incessante par trois fistules occupant la face externe du bras. La radiographie montre au niveau du cal une zone flou. On se décide à intervenir et le 18 octobre, sous anesthésie générale, on résèque les tissus fistuleux, on déperioste le foyer de fracture et on se trouve en présence d'esquilles adhérentes, dont la vitalité est plus que douteuse. On enlève difficilement ces esquilles, on observe attentivement tout le foyer, et on comble de gaze à l'éther iodoformé. On applique ensuite un appareil plâtré largement fenêtré.

Les suites furent excellentes, et trois mois après, ce sergent sortait guéri avec un membre bien consolidé et ne présentant plus de foyer de suppuration.

OBSERVATION VII

(Résumée)

Il s'agit d'un tirailleur sénégalais ayant eu une fracture du fémur gauche, et qui présentait, malgré trois interventions, un an et quelques mois après sa blessure, un foyer d'ostéomyélite chronique. Une intervention révéla la présence de tissus infiltrés et permit d'extraire un séquestre.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Il s'agit d'un capitaine qui a été blessé dans la région scapulaire par éclat d'obus, et sur lequel fut pratiqué une esquillectomie primitive. Deux mois après, une deuxième intervention fut nécessaire et permit d'extraire des esquilles adhérentes à vitalité douteuse, qui entretenaient de la suppuration.

OBSERVATION IX

(Résumée)

Il s'agit d'un fantassin blessé au niveau du tibia droit avec fracture de cet os. Un mois après sa blessure, il présentait un gros abcès qui fut incisé et conduisit sur un foyer d'ostéomyélite entretenu par la présence d'esquilles libres et d'un corps étranger.

CONCLUSIONS

Les ostéomyélites traumatiques de guerre se présentent sous deux aspects qu'il convient de distinguer :

- 1° Les ostéomyélites subaiguës ;
- 2° Les ostéomyélites chroniques.

Dans l'un et l'autre cas, l'intervention est indispensable pour éviter des suppurations incessantes et interminables.

Au cours de l'opération on doit trépaner le foyer de fracture, exciser les esquilles adhérentes, et les esquilles libres et ne cesser l'intervention que lorsque le foyer d'évidemment est bien net et ne présente aucun diverticule conduisant vers la profondeur.

Les soins post-opératoires doivent être effectués très soigneusement.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 3 juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 2 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
